

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

8

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Constantin PANAS

LE SYNDROME
"CONSTIPATION ET SYNCOPES"

SES RAPPORTS AVEC L'HYPERVAGOTONIE

Président : M. P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1921

1922

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Constantin PANAS

LE SYNDROME

“ CONSTIPATION ET SYNCOPES ”

SES RAPPORTS AVEC L'HYPERVAGOTONIE



Président : M. P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINGOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de filiale gratitude
et de profonde reconnaissance.*

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

Mort au Champ d'Honneur

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JACQUES

A MON FRÈRE MARC

A MES PARENTS, A MES AMIS

En affectueux hommage.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CARNOT

Professeur de la Faculté de Paris
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

A Monsieur le Docteur LIAN

Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a donné l'idée de ce tra-
vail ; nous le prions d'agréer ici
notre vive reconnaissance pour la
sympathie qu'il nous a toujours
témoignée et les conseils qu'il nous
a prodigués.*

A MES ANCIENS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur CLAISSE

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

M. le Professeur ALGLAVE

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur BARIÉ

Médecin Honoraire des Hôpitaux

A la Mémoire du Professeur SEGOND

A Monsieur le Professeur agrégé SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A Monsieur le Professeur KIRMISSON

A Monsieur le Professeur BRINDEAU

A Monsieur le Professeur LEGUEU

A Monsieur JOANNON

Interne de l'Hôpital Saint-Louis

LE SYNDROME

“ CONSTIPATION ET SYNCOPES ”

SES RAPPORTS AVEC L'HYPERVAGOTONIE

AVANT-PROPOS

L'étude des troubles du système nerveux de la vie végétative est à l'ordre du jour. A coup sûr, ils embrassent une partie considérable de la pathologie, mais il est actuellement encore fort malaisé de les diagnostiquer, de les expliquer, de les classer. On comprend dès lors, les grands efforts faits par certains auteurs en vue d'apporter quelque lumière dans ce domaine.

Les données actuelles sur cette pathologie dérivent en bonne part des travaux initiaux d'Eppinger et Hess : ces auteurs ont opposé l'un à l'autre, deux syndromes principaux, qu'on désigne sous le nom de syndromes d'hypervagotonie et d'hypersympathicotonie.

Ces notions paraissent au moins pour une bonne part, être trop schématiques. Elles sont loin d'avoir entraîné la conviction.

L'abondance des signes mentionnés dans les schémas d'Eppinger et Hess nuit plutôt à la conception de ces auteurs. Car il est rare de rencontrer ces schémas au complet et les cadres peuvent paraître artificiels.

Récemment, M. Lian avec ses élèves Cathala, Joannon, Pinart, Ferrand, s'est efforcé de jeter quelque lumière sur le syndrome d'hypervagotonie. En particulier, il a apporté bien plutôt des faits cliniques que des théories, et montre l'existence indiscutable de nombreux cas où le diagnostic d'hypervagotonie s'impose en quelque sorte et conduit à des déductions thérapeutiques à la fois heureuses et concluantes.

Aussi M. Lian avec ses élèves Cathala et Ferrand ont montré par leurs recherches cliniques que l'asthme est un syndrome d'hypertonie du pneumogastrique.

MM. Lian et Pinart ont insisté d'autre part sur la fréquence des ictus laryngés chez les bronchitiques et ont tenté de rattacher ces ictus à une hypertonie du pneumogastrique. Enfin MM. Lian et Joannon ont mis en relief la fréquence de l'association de la constipation et des syncopes et leurs observations tendent à préciser les rapports de ce syndrome avec l'hypervagotonie. Ces auteurs ont condensé la substance de leurs recherches dans un travail d'ensemble sur les symptômes cardiaques de l'hypervagotonie.

En suivant les visites de la consultation de l'hôpital Tenon où notre maître, M. le Dr Lian nous a accueilli si aimablement, nous avons pris part sous sa direction aux recherches cliniques qui ont conduit aux travaux précités.

Les troubles réflexes qui surviennent au cours de certaines côlites chroniques, et en particulier au cours de l'entéro-côlite muco-membraneuse ont déjà été étudiés. Potain, de Langenhagen (de Plombières), Lœper

et son élève Guilloire, Mathieu et ses élèves Marre et Millon ont bien décrit les multiples répercussions que la cõlité peut exercer sur les différents appareils et plus spécialement sur l'appareil circulatoire. Nous nous proposons dans notre thèse d'envisager les faits où coexistent « constipation et syncopes » et de montrer que cette association forme un véritable syndrome clinique. Nous considérons en outre que ce syndrome est l'expression d'un état d'hypertonie du pneumogastrique.

L'hypervagotonie tantôt à peu près pure, tantôt simple élément de l'hyperexcitabilité du système nerveux végétatif tout entier (hyperneurotonie), tantôt enfin hypervagotonie toute transitoire, toute paroxystique, masquée habituellement derrière une hypersympathicotonie exubérante qui entraîne de la tachycardie. Point n'est besoin de discuter longtemps pour établir que la syncope peut être due à une hyperexcitabilité du pneumogastrique. Puisque la syncope implique un ralentissement considérable ou même un arrêt des contractions cardiaques, il est tout naturel de faire intervenir le pneumogastrique dans sa genèse.

La difficulté clinique réside dans l'établissement de la légitimité du syndrome « constipation et syncopes. » Nos observations montreront la fréquence de cette association, les liens intimes de ces deux symptômes et leur disparition simultanée sous l'influence d'un traitement bien conduit.

Nous nous croyons autorisé à en conclure que l'association « constipation et syncopes » constitue un véri-

table syndrome dont le lien est l'hypertonie du pneumogastrique; mais quoiqu'il en soit de l'exactitude de nos hypothèses pathogéniques nous estimons en tout état de cause qu'il y a là un syndrome clinique méritant d'attirer l'attention car il comporte des indications thérapeutiques très importantes et aux effets très heureux.

ETUDE CLINIQUE DU SYNDROME

Avant de commencer l'étude clinique du syndrome, « constipation et syncopes », nous ne nous arrêterons que peu de temps à discuter si l'association de lipothymies ou syncopes et de la constipation a pu être le fait d'une simple coïncidence.

L'association constipation et syncopes n'est pas une simple coïncidence.

Cette hypothèse est déjà rendue invraisemblable par le grand nombre d'observations que nous avons pu réunir avec M. Lian en très peu de temps. La plupart d'entre elles ont été recueillies au hasard d'une consultation de médecine générale et non dans un service s'occupant spécialement des maladies de l'estomac et de l'intestin. Le fait, en outre, que l'on trouve beaucoup d'observations relatant une syncope à l'occasion d'une débâcle ou d'un besoin d'aller à la selle, n'est déjà plus une simple coïncidence.

Très significatif également le parallélisme dans certains cas de vertiges plus fréquents se produisant pendant une période de constipation plus marquée.

Nous ne ferons pas une pétition de principes en invoquant le lien pathogénique constitué par l'hypertonie du pneumogastrique que nous discuterons plus loin.

Mais nous voulons clore cette discussions par l'argument décisif qu'est le résultat thérapeutique. En soignant la constipation on améliore ou fait disparaître les vertiges.

I. — La constipation.

Son début se trouve habituellement dans l'enfance; mais quand les malades viennent consulter pour leurs vertiges, ils sont dans une période où leur constipation est très intense.

Dans certains cas, la constipation était de date récente. Nous insistons tout particulièrement sur ces faits qui ont une grande importance pour la thèse que nous soutenons. Ainsi on peut voir la constipation apparaître à peu près en même temps que les vertiges; c'est ainsi que dans l'observation XXI (40 ans), la constipation est survenue après une grossesse, depuis lors la malade accuse tantôt des petits malaises vertigineux, tantôt de véritables lipothymies.

Nous voyons dans un autre cas, la constipation apparaître à la suite d'un violent choc émotif. C'est ainsi que dans l'observation (obs. VI) la malade qui avait toujours eu des selles régulières éprouve un violent chagrin à cause de la mauvaise conduite de son fils et présente aussitôt de la constipation et des lipothymies.

Dans une autre observation (obs. II), la constipation apparaît après une période de syncopes consécutive elle-même à un choc émotif.

Tantôt la constipation est très intense. Parfois cepen-

dant le malade ne la soigne pas, car il ne suppose pas qu'elle puisse intervenir dans la genèse des malaises pour lesquels il vient consulter.

Dans d'autres cas, le malade a une selle quotidienne ou à peu près, mais on apprend en insistant un peu qu'il a certains jours une grosse selle après une période de plusieurs jours où ses selles étaient très peu abondantes.

Il est nécessaire de faire préciser également par l'interrogatoire, si au moment même des syncopes le malade n'a pas eu quelques troubles intestinaux. Alors se rencontrent trois grandes éventualités. Ou bien la syncope accompagne une débâcle diarrhéique consécutive elle-même à une période de constipation, ou bien la syncope accompagne un simple besoin d'aller à la selle, ou bien dans des périodes où la constipation est plus intense les syncopes apparaissent plus fréquemment.

II. — A. — *Vertiges et éblouissements.*

Dans une de nos observations (obs. XXVII) la malade a des vertiges fréquemment dans la rue au point qu'elle est obligée de s'accrocher aux murs pour ne pas tomber; d'autres fois la malade éprouve la sensation d'une perte de l'équilibre, c'est un état, en général très pénible, que les malades ont de la peine à définir; il est heureusement fugace, ne durant que quelques secondes, mais sa répétition est par contre fréquente, pouvant avoir lieu plusieurs fois par jour pendant des périodes de plusieurs jours.

B. — *Lipothymtes*

Un degré de gravité de plus est réalisé par la « lipothymie ». La malade éprouve subitement une obtusion rapidement croissante de ses sensations visuelles et auditives, un brouillard devant les yeux, un bourdonnement confus dans les oreilles, l'empêchent de se rendre compte de ce qui se passe autour de lui en même temps qu'une faiblesse extrême le gagne; il tombe sur une chaise ou s'allonge sur un lit et reste inerte quelques instants, à peine conscient de ce qui se passe autour de lui, mais il entend ce qui se dit, puis il revient à lui. Cette lipothymie paraît souvent moins pénible que la crise de vertiges, c'est plus un retrait des forces, un estompement graduel de la connaissance qu'un malaise proprement dit.

C. — *Syncopes.*

C'est on le conçoit l'accident le plus sérieux. Rappelons que dans une de nos observations, la perte de connaissance fut si rapide qu'un malade se brûla la main (obs. VIII).

On voit donc que du point de vue fonctionnel, ces accidents prennent une grande importance et l'on comprend dans ces conditions l'émoi de l'entourage.

III. — **Autres signes cliniques.**

A) *Le cœur.* — Chez un certain nombre de nos malades le pouls est lent, on note un léger degré de bradycardie totale; ou bien le pouls se trouve aux confins de la bradycardie.

Cependant dans quelques-unes de nos observations, on note un cœur de fréquence normale ou même un peu accéléré. Dans l'interprétation de cette accélération cardiaque, il y a lieu de tenir compte de l'émotion du malade qui se présente à une consultation médicale. D'autre part, et nous reviendrons sur ce point, nous ne pensons pas que tous les malades ayant le syndrome « constipation et syncopes » soient des hypervagotoniques purs. Remarquons enfin, que chez quelques malades, où nous avons pensé de le noter, nous avons mentionné « l'arythmie sinusale ». Rappelons à ce propos, l'enseignement que nous donne notre maître le docteur Lian. Chez les enfants, l'arythmie sinusale est fréquente; chez les adultes elle n'est significative que si elle est très marquée, alors que la respiration est calme; on est en droit dans ce cas d'incriminer l'hypertonie du pneumogastrique.

B) *Le réflexe oculo-cardiaque.* — Chez quelques malades nous avons noté l'exagération du réflexe oculo-cardiaque; détail qui toutefois cadre avec l'existence d'une bradycardie totale; mais comme c'est un signe dont la recherche est très pénible pour les malades, nous nous sommes abstenus de faire la compression oculaire dans la plupart des cas. Il faut se souvenir avant tout que nous sommes médecin, et que notre devoir est d'éviter dans la mesure du possible des recherches qui ne soient nettement indispensables et qui soient susceptibles de faire souffrir les malades.

C) *Abdomen.* — La palpation de l'abdomen permet de réveiller une douleur au niveau du cadre colique.

En même temps que l'on perçoit au niveau des angles cœliques droit et gauche une sensibilité plus grande, on entend du gargouillement. Cette douleur qui peut consister en un simple pincement fugitif ou constituer une véritable crise douloureuse, peut donner lieu à des erreurs d'interprétation dans le diagnostic.

OBSERVATION I (Dr Lian)

M. P..., 51 ans.

Ce malade, depuis son jeune âge, passe pour avoir le pouls un peu lent. On lui a répété souvent : tu ressembles à Napoléon. On lui trouve actuellement 55 à 60 pulsations. Son père, âgé de 82 ans, a également le pouls lent et avait facilement des syncopes dans son enfance ; adulte, a eu quelques syncopes.

Mobilisé au début de la guerre, est versé dans le service auxiliaire. Fait mention d'une syncope de deux heures dans son service. Depuis 18 mois a de fréquents vertiges.

Le malade a l'impression que ses vertiges, qui l'avaient quitté, sont plus forts depuis la réapparition de douleurs anales dues à une fissure anale survenue il y a une dizaine d'années. Constipation depuis qu'il se connaît. Cette constipation s'est accompagnée jusqu'à l'âge de 28 ans de coliques fréquentes parce qu'il ne se soignait pas. A l'âge de 16 ans, a eu une obstruction intestinale avec vomissements fécaloïdes. En ce moment, a des selles noires, dures, ne prend que des lavements d'eau bouillie qui agissent maintenant de moins en moins.

Depuis l'âge de 25 ans, a de la gêne respiratoire, qui lui

donne une respiration sifflante la nuit, mais il ne tousse pas. Cette gêne est survenue à la suite d'une bronchite ; trois mois après celle-ci, il a une crise d'asthme. Depuis quelques années, n'a pas de crises à proprement parler, mais a des sifflements trachéaux, la respiration lui semble plus gênée à la campagne qu'à la ville.

A noter un ozène apparu à l'âge de 35 ans ; se plaint d'une gêne médio-sternale depuis quelque temps.

Examen. — Ce malade présente un pouls à 72, mais il n'en est pas surpris, expliquant ce fait par les nombreuses courses qu'il a faites le matin, le déjeuner qu'il vient de faire.

Poumon présentant une diminution de murmure vésiculaire.

Sujet gros : poids 82 kilog. Taille 1 m. 63.

Pas de stigmates de syphilis aux yeux et à la langue.

En résumé, beau cas réunissant bradycardie légère, constipation, vertiges et syncopes, et accès d'asthme.

OBSERVATION II (Dr Lian, personnelle)

M. C... Il y a 2 ans, cet homme était très bien portant. Il tombe un jour, pendant son travail, sans connaissance pendant quelques minutes. Une perte de connaissance semblable se produit trois semaines après. Depuis lors, a une perte de connaissance toutes les 4 à 6 semaines. Ces temps-ci, elles sont plus fréquentes, et le malade accuse un peu de dyspnée. Pas de secousses pendant les syncopes, a perdu une fois son urine dans son pantalon (n'a pas eu ni morsures de la langue, ni écume dans la bouche). Il y a de la pâleur pendant la crise et une rougeur lui monte au visage, la crise terminée.

Il y a un mois, a eu une perte de connaissance d'une durée de 2 heures, est revenu à lui avec de très courts intervalles pendant lesquels il entendait ce qui se passait et ce qui se disait, mais sans pouvoir parler. Cette syncope est survenue à la suite d'un effort. Il a en outre de petits étourdissements pendant lesquels il ne se sent pas très solide sur les jambes.

N'a jamais été malade pendant son enfance et son adolescence, n'a jamais eu de syncopes.

Depuis 6 mois, M. C... a remarqué que ses selles étaient irrégulières et qu'il était obligé assez souvent de prendre des laxatifs.

Il a remarqué deux fois une syncope suivie d'un besoin impérieux d'aller à la selle et d'une émission d'une selle très abondante. A la fin de presque toutes les syncopes, il lui semble pendant quelques secondes qu'il a besoin d'aller à la selle. A noter, en outre, une sensation douloureuse au creux épigastrique et une demi-ceinture antérieure. N'a pas remarqué s'il existait un rapport entre les périodes où il était plus constipé et les périodes où il avait des syncopes. Rien d'anormal dans les matières, a eu des oxyures, il y a un an, qui ont disparu avec quelques vermifuges.

En octobre 1919, sa femme quitte le domicile conjugal, c'est le point de départ d'un divorce, et c'est en novembre 1919, un mois après, qu'il a sa première crise.

Wassermann négatif, nie syphilis.

Examen radioscopique. — Cœur normal, légère augmentation de l'aorte. Sommet droit s'éclaire mal à la toux. Estomac normal, contractions énergiques, pas de ptose, ni de dilatation.

Examen. — Pouls 56 couché, 68 debout.

Pression Lian 13/7 1/2. I. O. = 8.

Petit souffle mésosystolique apexien, disparaît assis.

Poumon : 0. Foie : 0, pas de stigmates de vérole.

Langue un peu saburrale. A de forts renvois gazeux depuis 3 mois.

Après l'examen, a eu en se levant un petit état vertigineux, son pouls a été irrégulier, symptômes disparus en quelques secondes.

OBSERVATION III (Dr Lian)

M. D... C'est un sujet constipé, le début des accidents remonté à deux ou trois semaines. Le malade s'était mis au lit, et au moment où après avoir lu, il veut s'allonger complètement, il ressent une sorte de petite angoisse, de malaise général, sans perte de connaissance. Ce malaise a été de courte durée ; en quittant sa position de décubitus latéral gauche, il s'endormait. A remarqué que la nuit où il eut son malaise, a été obligé d'aller deux fois à la selle très abondamment, et deux autres fois il en a été de même.

Huit jours après, dans les mêmes conditions, les crises deviennent plus fortes. Le cœur battait fort et vite, il marchait dans sa chambre, les crises avaient cette fois, une durée d'une heure ou deux. Ces jours derniers, sans avoir de palpitation, il sentait dans la journée une sorte de malaise. « Il n'était pas solide sur ses jambes. » Avant ces accidents, il s'était un peu surmené, fatigué. A la mer, les bains lui étaient pénibles. Il a fait du tennis, ce qui n'est pas son habitude.

Pendant la guerre, à noter une blessure, une paratyphoïde, une scarlatine. Fume une dizaine de cigarettes par jour.

Examen. — Cœur 0.

Pouls 56 couché, 57 debout. T. A : 11/7. I. O. 9.

Langue saburrale.

Côlon : gargouillement, un peu volumineux. Angle côlique gauche très sonore, efface la matité splénique.

OBSERVATION IV (Drs Lian et Panas)

Mlle M..., 28 ans.

Le 31 octobre 1921, va visiter son frère interné à la prison de P... C'était sa première rencontre avec lui depuis 2 ans 1/2. Elle est très émue par cette visite. Deux jours après, à 11 heures du matin, Mlle M... a eu une sensation de striction à la gorge, puis elle est devenue très pâle et elle a été obligée de réclamer l'aide de ses compagnes de travail pour ne pas tomber. Le cœur ne bat pas précipitamment et cette crise est indolore. Elle respire de l'éther et le malaise s'est dissipé. A eu, à deux reprises, les mêmes malaises d'une durée de 7 à 8 minutes. On l'a fait asseoir, elle était toute froide, elle ne voyait plus et n'entendait presque plus. La malade accuse un peu de dyspnée d'effort ; des palpitations assez fréquentes mais qui ne la réveillent pas la nuit.

Constipation habituelle.

Pouls 16 au quart dont une extra-systole.

La malade est vivement impressionnée. Elle demande si on va lui faire une prise de sang. Ses mains sont froides.

T. A. Mx 14 ; I. O. 10.

Mn 8.

4 novembre 1921. — Les palpitations diminuent. La malade n'a eu aucune perte de connaissance, ni aucun malaise

lipothymique. Le sommeil est toujours mauvais. Elle se plaint de cauchemars, a pris ses pilules de Belladone régulièrement, une pilule à midi pendant 4 jours.

Examen. — Pouls 16 à 17 au quart.

On la fait respirer fortement. *Arythmie sinusale* très nette qui n'apparaît pas autrement, car elle respire vite.

Le réflexe oculo-cardiaque a été recherché ; la malade s'est agitée, la compression est très brève, mais deux observateurs ont noté simultanément deux pulsations pendant cinq secondes, ce qui donne R. O.-C. 64/24.

11 novembre 1921. — Traitement suivi, 2 pilules à base de belladone pendant deux jours de suite. Une pilule par jour pendant 6 jours.

Plus de palpitations.

Plus de perte de connaissance.

La constipation a disparu. La malade dit avoir retrouvé son état normal.

OBSERVATION V (Dr Lian, personnelle)

Dr B... Bien portant avant la guerre, a remarqué depuis longtemps qu'il avait le pouls lent ; 50 pulsations l'après-midi. Au cours d'une grippe, a eu des lipothymies. A éprouvé ces temps-ci de fréquentes sensations d'équilibre instable (ébauche d'état vertigineux).

Est constipé depuis des années.

Examen. — Cœur : 0. Tension artérielle 12/7 1/2.

72 pulsations couché.

OBSERVATION VI (Dr Lian)

Mme P..., 38 ans, journalière.

16 janvier 1921. — Depuis 2 ou 3 ans, a de l'insomnie et des céphalées nocturnes. Fausse-couche il y a 7 ans.

Depuis quelques jours, elle a des ennuis avec son fils. C'est un mauvais sujet qui doit être interné, incessamment, dans une maison de correction.

Depuis une quinzaine de jours, elle a des lipothymies, elle craint de se trouver mal, mais ne tombe pas. Constipation depuis 8 à 10 jours, jusqu'alors ses selles étaient normales.

Cœur 0.

T. A. 15/10.

Réflexe oculo-cardiaque 72/36.

Pesanteur au creux épigastrique.

Côlon, perceptible dans toute son étendue, un peu douloureux.

Albumine 0.

Wassermann négatif (fait à l'hôpital Pasteur).

Traitement : Teinture de Belladone, un peu d'huile de ricin, régime végétarien.

2 février. — Revient à la visite. Les malaises sont moins fréquents et moins forts, mais la céphalée persiste.

20 février 1921. — A suivi le même régime, elle a moins de malaises, la constipation a disparu.

OBSERVATION VII (Dr Lian et Joannon)

Médecin âgé de 41 ans, très actif, vigoureux, faisant facilement 100 kilomètres en bicyclette, nullement émotif, pouvant assister impassible à n'importe quel spectacle, peu sen-

sible à la douleur, supportant, par exemple, aisément l'avulsion d'une dent.

Sujet à des syncopes et à des vertiges suivis ou non de selles faciles. Constipé depuis son enfance, il faisait souvent une selle tous les deux ou trois jours. Au collège, période de 4 à 6 jours sans selles. N'ose pas recourir aux laxatifs, sait par expérience que tout purgatif déclanche chez lui une syncope. Celle-ci survient à la suite d'une colique assez forte. L'incident reste bénin. Vingt-quatre heures après, le malade peut reprendre sa clientèle.

Bradycardie légère permanente (52-60).

Mère très sujette aux syncopes.

OBSERVATION VIII (Dr Lian et Panas)

Mlle A..., 17 ans, domestique. Depuis l'âge de 12 ans, a des pertes de connaissance sans raison apparente. Il y a quinze jours, a eu une perte de connaissance à la suite d'une purgation avec de l'huile de ricin. (Cette perte de connaissance a été si brusque qu'il y a eu chute sur un poêle et a occasionné une brûlure à la main). Huit jours après, nouvelle lipothymie moins violente. Mlle A... n'a pas perdu complètement connaissance, elle a eu le temps de s'asseoir sur une chaise. Réglée à 15 ans; passe en août 1918 un mois à la campagne, revient à Paris, reste six mois sans avoir de règles. Un an après, fait un nouveau séjour à la campagne, rentre à Paris et nouvelle suspension des règles de 4 mois. En août 1919, troisième séjour à la campagne, suivi d'une suspension des règles de 4 mois.

Examen. — Légère arythmie sinusale, mais très accentuée dans les respirations profondes.

A la pointe, petit souffle systolique qui persiste dans position assise.

Tension artérielle 13/7. Index oscillométrique 7.

Langue saburrale ; bonne digestion.

OBSERVATION IX

Mlle K..., 29 ans, couturière.

Il y a une quinzaine de jours, en faisant son marché, a été prise de faiblesse, de vertiges. Sans le secours de personnes voisines, elle serait tombée à terre. Elle a éprouvé pendant cette crise une grande sensation de froid, mais elle n'a eu ni dyspnée, ni douleur précordiale, ni palpitations. Après dix minutes de repos, elle a rejoint son domicile et s'est couchée.

La malade raconte qu'elle a toujours été faible depuis son accouchement remontant à 9 mois 1/2 et qui a été suivi de périodes fébriles, elle ressent des douleurs continuelles siégeant à la partie inférieure et postérieure du thorax, surtout marquées du côté gauche avec irradiations le long de la colonne vertébrale et dans la nuque. Ces douleurs ne sont pas très intenses, elles sont augmentées par des inspirations profondes. Elle n'a jamais d'essoufflement ni de crises de dyspnée. Elle aurait, quand elle fait un travail pénible, quelques palpitations cardiaques calmées par le repos, non douloureuses.

Elle n'a ni œdèmes ni hémorragies.

Elle mange bien, elle a des douleurs gastriques très fortes qui ont disparu maintenant.

Constipation depuis 8 ans ; va à la selle tous les 3 jours.

Très émotive.

A un peu d'albumine en ce moment.

Depuis deux mois, une fois ou deux par jour environ, a un petit malaise vertigineux qui l'oblige à s'asseoir. Ce malaise se termine par un besoin d'aller à la selle.

Examen. — Auscultation : Cœur 0.

Tension artérielle maxima 14 ; minima 7. I. O. 5.

Pouls à 72.

Léger gargouillement dans la région du cæcum et du côlon ascendant.

Pas d'albumine en ce moment.

14 novembre. — Régime lait 1 litre 1/2.

Viande à midi tous les jours en petite quantité.

Médication : pilules de Belladone ; huile de paraffine.

N'accuse plus de vertiges et d'étourdissements.

La constipation est moins forte. Elle va chaque jour à la selle.

OBSERVATION X (Dr Lian)

M. L..., 65 ans.

Grand hypertendu, une hémiplegie le cloue au lit. Pendant qu'il y était confiné, un an avant sa mort, a une période de constipation intense coïncidant avec des états vertigineux ou lipothymiques suivis de débâcles, ou avec des périodes où la constipation était plus marquée.

OBSERVATION XI (Dr Lian et Panas)

M. C..., va à la selle un peu irrégulièrement et a certains jours des selles très abondantes. Est sujet à des lipothymies et à des vertiges allant jusqu'à la syncope. Récemment, un dimanche, il part à la campagne. se trouve indisposé pen-

dant le trajet. Au repas, brusquement, il a des sueurs abondantes, il pâlit, perd connaissance. Dans le cours de l'après-midi, il fait une selle bien moulée, mais très abondante.

Examen. — Pendant l'examen, il pâlit brusquement, on trouve 52 pulsations, pression maxima 11 1/2, minima 7. Cœur normal.

OBSERVATION XII (Dr Lian et Panas)

M. V..., 18 ans.

Ce jeune homme est interne dans une école de travaux publics ; souffre depuis le 1^{er} octobre d'une constipation, va à la selle un jour sur deux. Un matin au lever, s'effondre sans connaissance, une sensation de chaleur seule a précédé la syncope.

Examen. — Arythmie respiratoire, très marquée ; inutile de demander de fortes respirations pour le constater.

Pouls 60 couché, 84 debout. T. A. 12/7 ; I. O. 5-4. Pas de ligne blanche.

Cœur : 0 ; bruits bien frappés (petit souffle méso-systolique vers le manubrium gauche en bordure du cœur). N'a pas été perçu debout.

Traitement : Thaolaxine, 1/2 milligramme d'atropine.

8 décembre. — Amélioration nette, va régulièrement à la selle, mange bien, dort bien, a repris peu à peu ses forces.

OBSERVATION XIII (Dr Lian)

Mme H..., 38 ans, ménagère.

Constipation datant de l'enfance, particulièrement opiniâtre depuis une hystéropexie (18 ans). Reste quelquefois huit jours sans aller à la selle ; n'y va qu'avec des laxatifs. Pas

de glaires dans les matières. Le début des accidents remonte à 1915 par des troubles dyspeptiques, des tiraillements et des brûlures à l'estomac une heure après le repas, d'une durée de 1/4 d'heure à une 1/2 heure. Il n'y a ni nausées, ni vomissements. Depuis 3 mois (juillet 1920), aggravation. Douleurs permanentes au creux épigastrique avec irradiation vers le bas-ventre et la région interscapulaire. Céphalée intense, survenant à n'importe quel moment de la journée. Au cours d'une crise douloureuse, a une sensation d'étouffement, avec angoisses, sueurs froides, sensation de boule remontant dans la gorge.

Le matin, vertiges fréquents, sans perte de connaissance.

Examen. — 24 septembre 1920. — Pouls 66. R. O.-C. 66/40. Pendant la recherche du réflexe oculo-cardiaque, la malade, pendant un instant, a l'impression qu'elle va perdre connaissance.

Cœur : 0.

Poumons : 0.

Urines : 0.

Appareil digestif : Eventration considérable, un pannicule adipeux, considérable, rend palpation difficile.

Examen. — 29 septembre. — Pouls 48.

OBSERVATION XIV

Mme B..., 49 ans. Femme très obèse (100 kil.).

On note dans les antécédents de l'emphysème et des bronchites répétées.

En 1904, a été prise une nuit de violentes coliques avec des sueurs et des malaises. Elle a eu des syncopes à deux ou trois reprises. Depuis, elle est constipée.

OBSERVATION XV (Dr Lian)

Mme T...

C'est une constipée sujette à des syncopes. L'examen décèle une arythmie respiratoire très nette. Avec un traitement à base de belladone et un régime alimentaire végétarien, ses selles deviennent plus régulières, les syncopes disparaissent, seuls persistent quelques vertiges.

OBSERVATION XVI (Dr Lian)

Mlle M...

22 juin 1921. — Constipée depuis son enfance. Au commencement des repas, elle sent un malaise qui l'oblige à s'allonger. A quelquefois perdu complètement connaissance.

Elle ressent quelques mouvements au cours de la crise et quelquefois elle a de fortes secousses musculaires. A de la dysarthrie quand elle reprend ses sens. Bâillements avant et après la crise ; sorte d'aura qui prévient la malade qu'elle va avoir une crise. Elle accuse de la pesanteur au creux épigastrique et des renvois gazeux dix fois par jour.

Examen. — Langue saburrale. Espace de Traube sonore à la percussion, confirmée par la radioscopie. Aérogastrie et aérocolie.

Pouls 70, couché et debout.

Un traitement est dirigé contre la constipation ; seule son aérocolie n'est pas améliorée.

OBSERVATION XVII (Dr Lian et Panas)

Mme B..., 47 ans, masseuse.

Constipée depuis toujours. Prend quotidiennement des laxatifs. Aurait eu le carreau étant petite. A des crises lipothy-

miques depuis deux ans surtout, dans un moment de surmenage et de fatigue.

Voici comment la malade raconte ses crises : « A ressenti, il y a deux ans, au milieu de son travail, une sorte de vide progressif, comme si son sang se vidait, sans souffrance mais avec angoisse. Elle manque d'air, a une constriction de la gorge et une sensation de mort imminente. » La malade s'assied 5 minutes et la crise se termine. Les crises se sont répétées beaucoup plus souvent, depuis deux ans, c'est ce qui l'a décidée à consulter.

Examen de la malade. — Appareil digestif : Langue un peu saburrale, a des renvois gazeux, en grande quantité, après les repas.

A beaucoup de gaz abdominaux.

Constipée depuis l'enfance. Pendant une période de 8 jours où elle n'a pas eu de selles, elle a eu jusqu'à deux crises par jour.

Examen du poulx. — 60 et 64 pulsations à la minute. Le poulx, compté pendant une de ses crises, chez un pharmacien, a été trouvé très lent.

A remarqué que, pendant ses crises, elle a des douleurs dans le côté gauche, allant du thorax jusqu'à la racine du petit doigt.

Examen cardiaque. — Rien à l'auscultation.

Douleur persistante par moment, tantôt à la partie inférieure du rebord costal gauche, tantôt à la partie inférieure du rebord costal droit (deux angles côliques).

Palpation du côlon douloureuse.

T. A. Mx 15, Mn 8 ; I. O. 7.

OBSERVATION XVIII

Grossesse de trois mois.

Mme L..., 35 ans.

Les troubles dont se plaint la malade existaient avant la grossesse ; à la moindre émotion, elle souffre de palpitations, se plaint de crises, provenant sans cause, débutant par une sensation d'angoisse et une impression de douleurs précordiales. A des vertiges et du brouillard devant les yeux ; idée de mort en même temps. La malade accuse une gêne dans la région de Traube. (Elle entend des glous-glous.) Elle émet des renvois qui la soulagent. La crise dure une heure et demie. Quand elle est terminée, elle se sent fatiguée. Ces crises ont eu lieu il y a huit jours ; elle en a noté deux en l'espace de deux jours. Dans les intervalles des crises, la malade a des malaises, des vertiges qui cessent après le repos. Elle sent des points douloureux au niveau de l'hypochondre gauche et de l'épigastre. Elle a des renvois en dehors des crises.

Pouls 90.

T. A. max. 14,5, min. 7,5.

La malade est constipée depuis son enfance, et n'a observé aucune selle après ses crises.

Traitement dirigé contre constipation, améliore celle-ci, mais n'améliore pas les vertiges. Crises de palpitations avec angoisses disparaissent.

OBSERVATION XIX

Mlle L..., 30 ans, journalière.

C'est une constipée. Présente de petits malaises, de petits états vertigineux, mais elle ne tombe jamais en syncope,

Elle a noté qu'elle avait pendant ses crises, le visage rouge, « qu'elle se sentait partir ». Elle n'a jamais eu de sensations de chaleur.

Examen. — Légers troubles fonctionnels cardiaques d'origine émotive.

Souffle trempé bien étudié.

Pouls 64 à 70, couchée et debout.

On essaye un réflexe oculo-cardiaque, mais la malade, trop craintive, se dérobe.

OBSERVATION XX (Dr Lian)

Mme P..., 73 ans.

Vient consulter à l'hôpital parce qu'elle a des vertiges à tous moments de la journée et parfois la nuit si elle se lève et se retourne dans son lit. C'est une constipée. Elle prend fréquemment des laxatifs. Elle digère difficilement, se plaint parfois de coliques qui se terminent par de la diarrhée.

Réflexe oculo-cardiaque :

Pouls avant compression 17 et 18 au quart.

Descend après compression à 14 et 15.

La tension est 23 Mx., 10 Mn. Index oscillométrique est de 6.

Il lui arrive parfois, vers 6 heures du soir, d'avoir un violent vertige. Elle voit tout tourner autour d'elle. Elle a alors des vomissements et de fortes coliques avec plusieurs selles diarrhéiques. Il n'y a ni bourdonnements d'oreilles ni surdité pendant ces vertiges.

Rien au cœur, sauf un léger éclat du deuxième bruit.

68 pulsations à la minute, couchée.

Amélioration par le régime végétarien et bon effet de la Belladone.

OBSERVATION XXI (Dr Lian et Panas)

Mme S..., institutrice. Constipation opiniâtre.

La malade a eu une première crise le 22 février 1919, à type de pseudo-indigestion. Dans la nuit, la malade se réveille en se plaignant de fortes palpitations, d'une sensation de gêne et d'étouffement, de brûlures au creux épigastrique. A la fin de la crise, une débâcle considérable de matières se produit et la malade émet une série de renvois gazeux. Elle attribue cette crise à une grande frayeur. Un an après, cette malade a une deuxième crise à type d'angor. Pendant la crise, la malade a une sensation de constriction précordiale avec engourdissement, sans douleur dans les bras. Elle pousse des cris en disant : « Je vais mourir », et tombe en syncope. Une débâcle diarrhéique termine cette crise, elle garde le lit et ne veut plus se lever, craignant de mourir.

Depuis lors, Mme S... a plusieurs autres crises, qui toutes suivent une période de constipation et sont marquées par des renvois gazeux et des selles abondantes. Les unes à type de pseudo-indigestion, les autres à type d'angor. Enfin elle a des vertiges.

Examen. — Cœur : 0. Pouls 90 couchée, 100 debout.

Tension 13/8. Pas de douleur, pas de sonorité anormale du Traube.

Amélioration considérable de la constipation, n'a plus de grandes crises, il ne persiste plus de vertiges.

OBSERVATION XXII (Dr Lian)

Mme L..., 40 ans.

Constipée depuis 10 ans (depuis sa dernière grossesse). Reste deux jours sans aller à la selle. A des petitis malaises (sensation qu'elle va perdre connaissance ou trouble de l'équilibre ; n'est pas solide sur ses jambes). Après une purgation, ces malaises ont disparu.

Pouls à 96, mais la malade est bouleversée par l'examen et l'application de la manchette à sphygmomanomètre.

T. A. 13/8,5. Le réflexe oculo-cardiaque n'a pas été recherché.

OBSERVATION XXIII (Dr Lian)

M. M..., 20 ans, employé de commerce.

A l'âge de cinq ans, a eu deux pertes de connaissance complète, une fois à l'occasion d'une petite écorchure au genou, une autre fois à la suite d'une émotion (accident dans la rue) tombe dans les bras de sa mère. Plus âgé, a eu un malaise chez le dentiste. Est très émotif, craint de se trouver mal à tout propos. Son cœur bat fort ; puis le malade pâlit, a des sueurs froides, mais ne perd pas connaissance.

Au moment où il vient de s'étendre sur le lit d'examen, l'observation relate : « Grande pâleur, pouls non perceptible. Tandis que j'ausculte le cœur, j'entends une sorte de souffle qui est probablement un bruit respiratoire et non cardiaque, puis j'entends réapparaître les bruits du cœur. Inhalation d'éther. Tapotage des joues. Le pouls revient au voisinage de 50 ; sujet encore pâle, étendu tête basse ; je

mesure pression et j'obtiens Mx 7, Mn 3 (auscultatoire).
I. O. 4. Quelques minutes après, état amélioré, je trouve
70 pulsations, Mx 10 et Mn 5,5-6? toujours couché; le
brassard est resté en place depuis le début, 76 pulsations.
Mx 10/5, Mn 6-6/5. I. O. 6. »

Examen. — Examen du thorax : 0. Bonnes digestions, les
selles sont régulières, d'aspect normal. Pas de renvois gazeux.
Traube paraît un peu agrandi. On note à la radioscopie :
Poche à air gastrique, apparue pendant l'examen. Sujet grand,
un peu maigre, teint coloré. Pilules de Belladone sont pres-
crites.

Le résultat non enregistré.

OBSERVATION XIV (Dr Lian et Panas)

Mme B...

Constipation opiniâtre, surtout depuis 12 ans. A essayé
de tous les laxatifs, entre autres de la bile et de l'huile de
ricin.

A des troubles du caractère, son caractère est sombre, a
parfois des crises de larmes et de l'insomnie.

Dans les troubles circulatoires, à signaler des vertiges,
mais elle n'a jamais eu de syncope.

Depuis 6 ans, la malade signale qu'elle a le rhume des
foins, du coryza et des éternuements. Crise d'asthme sur-
tout nocturne.

Examen de la malade. — Pouls 80 couchée. Cœur auscul-
tation normale. Tension artérielle Mx 12, Mn 8. I. O. 10.

Appareil digestif : la langue est saburrale. A la palpation
de l'abdomen, le colon ascendant et descendant est un peu
douloureux.

Elle a des troubles dyspeptiques se caractérisant par de la pesanteur, de la flatulence. Dans la journée, deux ou trois renvois gazeux de suite amènent un peu de liquide acide. L'appétit est conservé, mais elle a une sensation de pesanteur après ses repas.

12 novembre 1921. — Poids 52 kil. 200.

Régime suivi : Légumes verts surtout ; pommes de terre accessoirement.

Pâtes et beurre, un œuf par jour, pain grillé, biscottes 100 gr. par jour.

Boissons : bière, eau et tisanes.

Médication : Huile de paraffine (une cuillère à soupe par jour).

Coréine, deux cuillères à café par jour.

Huile de ricin, une cuillère à café tous les deux jours.

On constate une légère amélioration après ce traitement ; a moins de vertiges et d'éblouissements.

OBSERVATION XXV (Dr Lian et Panas)

Mme X..., 60 ans.

A eu quelques malaises vertigineux et une syncope. L'entourage craint qu'il s'agisse d'une attaque d'origine cérébrale. En réalité, l'interrogatoire apprend que Mme X... a une constipation opiniâtre. La syncope a été suivie d'une débâcle. Les crises n'ont nullement le caractère d'un ictus cérébral. Le pouls est un peu lent, la pression est normale.

OBSERVATION XXVI (Dr Lian)

M. G..., 44 ans.

Constipation habituelle. Une nuit, le malade est réveillé par un fort besoin d'aller à la selle. Il tombe sans connais-

sance en se rendant aux cabinets. Il revient à lui et la crise se termine par une selle copieuse.

OBSERVATION XXVII (Dr Lian)

Mme X..., 50 ans.

Habituellement constipée. Vient consulter pour des vertiges, a eu une syncope. Cette syncope est survenue, une nuit où la malade s'était couchée après avoir pris un léger repas. Elle est réveillée par de violentes coliques, des nausées et des vomissements, suivis de deux selles semi-liquides, semi-solides. Le régime alimentaire et la Belladone améliorent considérablement les troubles. •

OBSERVATION XXVIII (Dr Lian, Hôpital Tenon)

Mlle B..., 25 ans.

Très constipée. A des vertiges dans la rue au point qu'elle est obligée de s'accrocher aux murs.

Pouls à 80.

R. O.-C. ++. Pendant la compression oculaire, il y a eu un ralentissement très marqué, on ne pouvait qu'à peine percevoir son pouls. Elle a déplacé son bras, ce qui a faussé les résultats.

OBSERVATION XXIX (Dr Lian, Hôpital Tenon)

Mlle T..., 18 ans.

Constipation. Vertiges. R. O.-C. ++ 80/52.

Reste un ou deux jours sans aller à la selle. A des étourdissements qui lui donnent la sensation qu'elle va tomber.

Elle ne voit pas tourner les objets autour d'elle, mais elle sent que son équilibre est un peu troublé, s'accroche à ce qu'elle trouve, mais ne tombe pas. Les autres organes fonctionnent normalement.

Les syncopes, en l'absence d'une cardiopathie organique, d'une lésion encéphalique se rattachent assez naturellement à l'existence d'une excitation du X entraînant un ralentissement cardiaque d'où l'anémie encéphalique et la perte de connaissance.

Or, chez nos malades, il n'y avait aucun signe de lésion du cœur ou de l'encéphale. Il est donc assez séduisant de penser que leurs lipothymies ou syncopes étaient l'expression d'une excitation du pneumogastrique et que bon nombre d'entre eux présentaient une hyperexcitabilité du pneumogastrique. Cette hypothèse trouve un appui dans la constatation d'un léger degré de bradycardie totale chez bon nombre de nos malades. Elle est également d'accord avec quelques autres constatations, telles que exagération du réflexe oculo-cardiaque dans les quelques cas où il a été recherché, l'arythmie respiratoire et tout exceptionnellement l'asthme.

Enfin elle est également d'accord avec les résultats thérapeutiques puisque la belladone qui a eu chez nos malades une si bonne influence est un médicament frénateur du pneumogastrique.

L'hypertonie du pneumogastrique, que nous mettons en cause chez nos malades est-elle permanente ou ne

se produit-elle que lors des accidents lipothymiques ou syncopaux?

Nous pensons qu'elle est permanente, car dans bien des cas nous avons trouvé des stigmates constants, comme un léger degré de bradycardie totale, et d'autre part en dehors des grands incidents lipothymiques ou syncopaux, nos malades présentent de nombreux mauxaises seulement ébauchés tels que vertiges, ou une vague sensation d'équilibre instable ou des sortes d'éblouissements.

Nous considérons comme MM. Lian et Joannon que l'état du pouls est un des meilleurs moyens cliniques d'apprécier chez un sujet, la résultante de la lutte d'influence qui se livre constamment entre les influx antagonistes du pneumogastrique et du sympathique. Les épreuves pharmacodynamiques (pilocarpine, adrénaline, etc., etc.), sont d'interprétation plus délicate et plus discutée.

Aussi en tablant sur l'état du pouls considérons-nous qu'on peut diviser les malades en plusieurs catégories.

A) *Syndrome franc d'hypervagotonie.* — Léger degré habituel de bradycardie; l'hypertonie du pneumogastrique est franche et constante. Il faut un incident comme une émotion, un effort pour accélérer le cœur, encore son accélération est-elle souvent moins grande que chez un sujet où l'équilibre entre le pneumogastrique et le sympathique n'est pas rompu habituellement par une notable prépondérance du pneumogastrique.

B) *Un syndrome d'hyperneurotonie.* — Le pouls est

habituellement de fréquence normale et par moments en l'absence même d'émotion ou d'effort, il passe par des alternatives de légère bradycardie et de légère tachycardie. Dans ce cas on a l'impression que l'hyperexcitabilité nerveuse n'influence pas spécialement le pneumogastrique, mais qu'il y a hyperexcitabilité des deux grands éléments du système nerveux végétatif (hyperneurotonie). L'hypertonie du pneumogastrique ou l'hypertonie du sympathique prennent le pas à tour de rôle.

C) *Un syndrome d'hypersympathicotonie.* — Le pouls est habituellement accéléré. Toutefois sous l'influence d'une brutale perturbation passagère, il est possible qu'exceptionnellement le pneumogastrique se trouve fortement sollicité et prenne incidemment le pas sur l'hypersympathicotonie habituelle.

Contrairement à Eppinger et à Hess qui décrivent des formes sympathiques et vagotoniques du goître exophtalmique nous admettons avec M. Lian que dans ce dernier groupe de cas l'hypertonie du pneumogastrique peut n'être que tout accidentelle, ou si le pneumogastrique est en permanente hyperexcitabilité, celle-ci est débordée par un état d'hyperexcitabilité encore bien plus grand du sympathique. L'exemple du syndrome de Basedow peut nous aider à nous représenter ce troisième ordre de phénomènes. On sait que dans cette affection où la tachycardie est de règle, la compression oculaire peut cependant provoquer un fort ralentissement cardiaque. « Cela n'indique nullement, comme l'a écrit le Dr Lian, qu'il s'agisse d'une forme spéciale vagotonique, mais signifie seulement que chez un sujet hyper-

sympathicotonique comme le sont tous les porteurs de goître exophtalmique, le pneumogastrique est susceptible cependant d'être hyperexcitable.»

Restent à envisager maintenant les liens pathogéniques entre l'hypertonie du X et la constipation. Nous ne nous dissimulerons pas les difficultés de cette question. C'est en effet poser un problème qui comme tous les problèmes de pathogénie sont difficiles, sinon impossibles à résoudre et n'autorisent que des solutions provisoires. En abordant ce point, nous tenons à bien marquer la différence que nous faisons entre l'existence du syndrome clinique « Constipation et syncopes » qui est un fait et nos tentatives d'interprétation qui ne sont que des hypothèses, nous tenons beaucoup plus aux faits qu'aux hypothèses, nous devons cependant risquer celles-ci pour essayer d'expliquer ceux-là.

Deux grandes hypothèses sont à envisager : l'hypertonie du X engendrant les syncopes est-elle la conséquence de la constipation ou bien les syncopes et la constipation ne sont-elles toutes deux que l'expression d'un syndrome d'hypervagotonie ? Avant d'examiner séparément les deux faces du problème, nous tenons à dire dès maintenant que nous sommes persuadés que ces deux éventualités se rencontrent selon les cas. Nous ne les considérons pas comme inconciliables et en étudiant chacun de ces deux mécanismes nous dirons dans quel cas ils nous paraissent devoir être examinés.

L'éventualité la plus facile à envisager et à mettre d'accord avec les notions médicales traditionnelles, c'est

celle de la constipation déclanchant une hyperexcitabilité du pneumogastrique passagère ou permanente.

On conçoit facilement, en effet, qu'une contraction brusque et violente intestinale comme il s'en produit si souvent chez les constipés provoque par voie réflexe une excitation du X susceptible de causer une syncope. Ainsi s'explique tout naturellement la syncope qui complique certaines débâcles comme dans les faits de Marre et Millon.

De même on comprend que des excitations réflexes du pneumogastrique répétées puissent finir par entraîner une hyperexcitabilité permanente du centre bulbaire du pneumogastrique.

Ce mécanisme de la constipation primitive déclanchant une hyperexcitabilité permanente ou épisodique du pneumogastrique s'applique au cas où le syndrome « Constipation et syncopes » s'observe dans une constipation due à un obstacle mécanique. On a expliqué par un mécanisme semblable certains états hypervagotoniques dus à l'irritation des branches terminales du X par une gangue de périgastrite liée à un ulcus de l'estomac, de même la fréquence des crises asthmatiformes chez les bronchitiques chroniques est-elle pour une bonne part due aux irritations périphériques des terminaisons bronchiques du pneumogastrique. Ce même mécanisme de la constipation préexistante déclanchant ultérieurement une syncope d'origine pneumogastrique est probablement à incriminer dans les cas où le syndrome « Constipation et syncopes » survient chez un sujet hyper-sympathicotonique.

Il est des cas pour lesquels il semble séduisant d'envisager que l'hyperexcitabilité du pneumogastrique peut être le phénomène primordial commandant les vertiges et la constipation. Bien entendu, cependant, il ne faut pas oublier qu'en pareil cas la constipation est génératrice de réflexes accentuant l'hypertonie du X d'où un véritable cercle vicieux.

Il semble que ces deux ordres de troubles soient chez ces sujets des manifestations de leur tempérament spécial dont l'hypervagotonie est une des caractéristiques.

Nous trouvons un autre appui pour cette conception dans quelques faits, rares il est vrai, mais singulièrement significatifs, où l'on voit un choc émotif déclencher brutalement une constipation à début brusque ne tardant pas à se compliquer de vertiges, ou encore provoquant, au contraire, des syncopes, et au bout d'un certain temps, de la constipation chez un sujet ayant eu jusqu'alors un tube digestif à peu près parfait.

C'est ainsi que nous voyons dans deux de nos observations (obs. II et obs. VI) un choc émotif provoquer une constipation ou une constipation s'installant après un choc émotif ayant déterminé d'abord un état vertigineux et même des syncopes.

Ce n'est pas le lieu de discuter ici la question si complexe des facteurs étiologiques d'un état hypervagotonique constitutionnel.

On a incriminé l'insuffisance des glandes endocrines. On sait quelles connexions anatomiques et quelle synergie physiologique existent entre le système végétatif et les glandes à sécrétion interne.

La glande thyroïde et les capsules surrénales en particulier élaborent des substances qui sont des excitants du grand sympathique. D'autre part, M. Vincent, a noté chez certains hypothyroïdiens un syndrome caractérisé par l'hypotension artérielle, la bradycardie clinostatique et l'acrocyanose.

Notre maître le Dr Lian a de son côté observé la grande fréquence de l'hypotension artérielle chez des malades présentant des signes de la série hypovagotonique. Il se peut donc qu'insuffisance thyroïdienne et insuffisance surrénale, pour ne parler que de celle-là, soient à la base d'une hyposympathicotonie dont l'hypervagotonie ne serait que la résultante.

On peut donc se demander si dans certains cas une insuffisance thyroïdienne ou une insuffisance surrénale n'est pas en cause. Des faits de bradycardie avec lipothymies ont été observés dans l'insuffisance thyroïdienne par Vincent, de même Petzetakis a mis en relief l'exagération du réflexe oculo-cardiaque dans ces états hypothyroïdiens avec pouls lent (six cas de myxœdème avec réflexe oculo-cardiaque exagéré). D'autre part, MM. Lian et Joannon ont vu chez de nombreux hypervagotoniques une pression un peu basse ou aux confins de l'hypotension. Les relations glandulaires sont probables quoique vagues mais en tout cas leur intervention ne lève pas la difficulté; il resterait encore à expliquer la genèse de ces troubles endocriniens constitutionnels.

DIAGNOSTIC

Les éléments qui permettent de diagnostiquer le syndrome « Constipation et syncopes » sont les suivants :

Apparition des états vertigineux lipothymiques ou syncopaux chez un constipé, coexistence de ces troubles avec une débâcle ou une selle un peu abondante, ou un besoin d'aller à la selle, ou tout au moins une plus grande fréquence de ces selles pendant les périodes de constipation plus intense.

Comme éléments favorables ou du moins moins importants, rappeler la bradycardie totale, l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, l'arythmie sinusale, l'asthme.

Cet ensemble de constatations conduit à diagnostiquer le syndrome « Constipation et syncopes » et les résultats du traitement, le plus souvent, viennent prouver l'exactitude de ce diagnostic en montrant la disparition ou l'amélioration parallèle de deux éléments du syndrome « Constipation et les syncopes ». A l'aide de tous ces éléments on pourra en outre essayer de faire une interprétation pathogénique vers la notion d'hypervagotonie franche ou sur celle d'hyperneurotonie à période alternante d'hypervagotonie et d'hypersympathicotonie, ou avec celle d'hypersympathicotonie avec hypervagotonie, selon les résultats de l'examen complet du malade, en particulier selon les caractères du pouls. On pourra

mettre en œuvre également divers tests biologiques comme les épreuves pharmacodynamiques à la pilocarpine, à l'adrénaline, etc., employées par Eppinger et Hess puis par de nombreux auteurs. Enfin, et surtout, on s'aidera encore des résultats du traitement.

Le diagnostic est avant tout celui des vertiges ou pertes de connaissance. Ces vertiges sont-ils d'origine otique? Leur brièveté, l'absence de bourdonnements d'oreilles ou d'hypoacousie entre les crises permettent d'écarter cette éventualité. Au surplus le malade peut-il être soumis à l'examen d'un auriste?

Les lipothymies ou syncopes lorsqu'elles surviennent chez des sujets jeunes font penser au mal comitial mais on n'assiste jamais à l'alternance de crises larvées et de crises épileptiques franches.

Chez le vieillard, des lipothymies ou syncopes pourraient faire penser à l'hypertension artérielle, à l'artériosclérose, mais si l'examen du malade fait constater toutes ces affections, il ne s'en suit pas fatalement qu'elle soit l'origine des états vertigineux ou lipothymiques. En particulier, avant de se ranger trop rapidement au diagnostic d'ictus cérébral chez un vieillard, il ne faut pas manquer de rechercher les éléments cliniques qui permettent de faire reconnaître le syndrome « Constipation et syncopes ».

PRONOSTIC

Il faut se mettre en garde contre un double pessimisme, c'est d'abord le pessimisme du malade; celui-ci est toujours impressionné, souvent inquiet, parfois affolé par les pertes de connaissance qu'il présente. Le médecin peut avoir de prime abord tendance à partager cet émoi, c'est qu'il pense généralement aux diagnostics que nous venons d'énumérer: mal comitial, cardiopathie, lésion cérébrale, etc. Loin de conclure hâtivement, il doit examiner soigneusement son malade et le mettre en observation.

C'est de cette façon qu'il pourra écarter les hypothèses antérieurement émises et conclure à des manifestations d'hypervagotonie, alors, mais seulement il pourra porter un pronostic.

Celui-là sera dans l'ensemble favorable et on peut donner au malade l'assurance qu'aucune complication grave, immédiate ni même probablement à longue échéance ne se produira.

TRAITEMENT

Ce que nous venons de dire à propos du diagnostic et du pronostic montre tous les services que vont apporter les résultats du traitement pour asseoir avec plus de solidité les conclusions du diagnostic. Lorsque grâce au traitement on a assisté à une amélioration, à une disparition parallèle de la constipation et des états vertigineux, lipothymiques ou syncopaux ; on est en droit d'affirmer que la constipation et les états syncopaux du malade constituent bien un syndrome clinique et de considérer que ce syndrome clinique est du domaine neurotonique.

Cette sanction thérapeutique n'est pas dans toutes les observations que nous avons publiées parce que ces observations ont été prises dans une consultation d'hôpital où il est très difficile d'observer longtemps de tels malades. Lorsqu'ils ne reviennent plus consulter, l'on ne peut que rester dans l'ignorance des résultats obtenus par les prescriptions édictées, car il est difficile de savoir si les malades ne reviennent plus parce que le traitement a agi ou pour toute autre raison.

Mais dans les cas où l'observation complète du malade a été possible, le traitement s'est montré efficace, venant confirmer le diagnostic du syndrome « Constipation et Syncopes » et appuyer l'interprétation pathogé-

nique d'hypervagotonie pure ou associée. Le traitement a donc une double valeur, non seulement il peut soulager le malade, mais il contribue à confirmer le diagnostic, il constitue donc un véritable traitement d'épreuve.

La conduite du traitement repose sur les données exposées plus haut. Les syncopes sont l'expression d'une excitation du pneumogastrique, la constipation qu'elle soit ou non d'origine vagotonique provoque des réflexes entraînant l'excitation du pneumogastrique, enfin souvent les malades ayant le syndrome clinique « Constipation et syncopes » présentent une hypertonic permanente du pneumogastrique.

Par conséquent, on répondra aux indications thérapeutiques en dirigeant ses prescriptions contre la constipation et contre l'hyperexcitabilité du pneumogastrique. Nous ne nous étendrons pas ici sur les détails du régime alimentaire à prescrire chez les constipés. On dira seulement d'une façon générale que le régime sera surtout ou exclusivement végétarien. On se trouvera bien d'édicter de la belladone qui est un bon médicament de la constipation. A cette influence heureuse sur la constipation se joint celle d'être un médicament frénateur du pneumogastrique. Il n'y a pas lieu de s'étonner si chez un malade qui présente de la constipation et des syncopes, nous nous trouvons en présence de résultats remarquables sur ces phénomènes.

CONCLUSIONS

1° Il est fréquent d'observer un syndrome clinique constitué par l'association « Constipation et Syncopes ».

2° La constipation date en général de l'enfance. Dans quelques cas elle apparaît brusquement, par exemple à l'occasion d'un choc émotif. Trois grandes éventualités se présentent :

a) La lipothymie accompagne une débâcle ;

b) La syncope accompagne le besoin d'aller à la selle ;

c) Les syncopes, sans qu'il y ait une cause occasionnelle bien nette se produisent avec une fréquence et une intensité plus grande pendant les périodes où la constipation est plus intense ;

3° La constipation s'accompagne tantôt de vertiges et d'éblouissements, tantôt de lipothymies, tantôt de véritables syncopes. Souvent ces divers ordres d'accidents s'observent chez le même malade, les lipothymies ou les syncopes plus rares étant séparées par des malaises vertigineux plus ou moins fréquents ;

4° Parmi les signes cliniques concomitants, une mention spéciale doit être faite de la coexistence assez fréquente de la constipation avec une légère bradycardie totale ou d'un pouls aux confins de la bradycardie ;

5° Les syncopes sont le fait ou d'une excitation toute

passagère du pneumogastrique ou d'une exagération épisodique d'une hypertonie permanente du pneumogastrique. La fréquence d'un léger degré de bradycardie totale, la fréquence de tous petits éblouissements dans l'intervalle des syncopes est en faveur de l'hypervagotonie permanente pour un bon nombre de cas. A distinguer trois catégories :

A) Syndrome franc d'hypervagotonie avec un léger degré de bradycardie totale.

B) Hyperneurotonie. Pouls de fréquence variable en l'absence même d'émotions ou d'efforts. Balancement entre le sympathique et le pneumogastrique.

C) Hypersympathicotonie. Le pouls est habituellement accéléré; l'hypertonie du pneumogastrique n'est qu'épisodique.

6° L'hypervagotonie engendrant les syncopes est dans certains cas la conséquence de la constipation, celle-ci étant primitive.

Dans d'autres cas, l'hypervagotonie apparaît comme le fait primordial causant la constipation et les syncopes. Même dans cette éventualité il existe un cercle vicieux, car la constipation est génératrice de réflexes exagérant l'hyperexcitabilité du pneumogastrique.

7° Les causes de l'hypervagotonie constitutionnelle restent obscures. Dans certains cas l'hypervagotonie permanente acquise est, comme la constipation, la conséquence d'un choc émotif;

8° Le pronostic est excellent, un bon diagnostic fait écarter des erreurs de pronostic;

9° Le traitement (régime végétarien et belladone) en

faisant disparaître ou en améliorant parallèlement les crises lipothymiques et la constipation donnent une assise solide au diagnostic du syndrome clinique « Constipation et Syncopes »;

10^e Quoiqu'il en soit des interprétations pathogéniques, le syndrome « Constipation et syncopes » nous paraît avoir une individualité clinique indiscutable. La connaissance est d'une grande importance pratique, car avec un traitement approprié on constate la disparition simultanée des deux éléments du syndrome.

Le Président de la thèse,

P. CARNOT

Vu

Le Doyen :

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Lian et Joannon.* — Les symptômes cardinaux de l'hyper-vagotonie (Journal médical français, juin 1921).
- Lian et Périssou.* — Etude clinique des manifestations cardiaques de l'hypersympathicotonie.
- Lian et Pinart.* — L'ictus laryngé des bronchitiques (Gazette des Hôpitaux, 30 avril 1921).
- Lian.* — Les accidents cardiaques d'origine thyroïdienne (Journal médical français, juillet 1920).
- Lian et Cathala.* — L'hypertonie du pneumogastrique dans l'asthme (Paris médical, 10 juillet 1920).
- Ferrand.* — L'asthme et l'hypertonie du pneumogastrique. Thèse Paris, 1921.
- Lian et Joannon.* — Journal de Médecine et de Chirurgie.
- Millon et Marre.* — Les pertes de connaissance dans les réactions d'origine colique (Archives des maladies de la nutrition, novembre 1910).
- Potain.* — Angines de poitrine dans la Semaine médicale, 1887.
- Langenhagen (de).* — L'entéro-côlite muco-membraneuse. Symptômes, étiologie et traitement (Semaine médicale, 1898).
- Marre (Louis).* — Les réactions générales d'origine colique (Archives des maladies de la nutrition, année 1910-1911).
- Langenhagen (de).* — Sur l'évolution de la pathogénie et du traitement de l'entérite muco-membraneuse (Presse médicale, 2 avril 1910).

